Laser vaginale in menopausa: perché non è sempre efficace

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

"Vorrei la sua opinione: ho fatto quattro sedute di laser vaginale perché avevo e ho una secchezza tremenda vaginale e dolore ai rapporti. Praticamente non riesco ad averne da due anni! Secondo la mia ginecologa sarei tornata come nuova, nonostante sia già in menopausa da quattro anni. In realtà, a parte i costi non proprio leggeri, ho avuto un bruciore pazzesco per una settimana, soprattutto la seconda e la terza volta. E i rapporti sono rimasti impossibili per il dolore. La ginecologa mi ha risposto che tutte sono felicissime e che solo io non sono soddisfatta. Possibile? Che cosa può essere successo?".
Maria Rita B. (Modena)

Gentile signora, il laser con finalità rigenerative è usato da anni in dermatologia e cosmetologia. Viene ora proposto da moltissimi ginecologi, in Italia e all'estero, per il trattamento della sindrome genitourinaria della menopausa (GSM), caratterizzata dalla copresenza di sintomi di atrofia vaginale, sintomi sessuali e vescicali. La carenza di estrogeni dopo la menopausa e la riduzione degli androgeni con l'età causano infatti una parallela involuzione delle strutture anatomiche vaginali, vulvari, vescicali, oltre che del pavimento pelvico. Per questo causano sintomi quali la secchezza vaginale e vulvare, le difficoltà di lubrificazione e il dolore ai rapporti, e sintomi urinari, tra cui l'urgenza minzionale e le cistiti dopo rapporto.
Il laser può aiutare a ridurre i sintomi di secchezza perché trasmette ai tessuti, anche vaginali, quantità discrete di energia termica. Queste stimolano l'attività dei fibroblasti, le cellule operaie che costruiscono collagene, elastica e mucopolisaccaridi, e delle cellule basali della mucosa, che si moltiplicano facendo aumentare lo spessore della stessa mucosa vaginale. Gli studi clinici, peraltro molto eterogenei, hanno dimostrato una buona efficacia a breve termine (3-6 mesi), mentre sono poche le ricerche che valutino la possibile persistenza dei benefici a 12-24 mesi. Tuttavia, non tutte le donne hanno risultati soddisfacenti, anzi.
Nella mia pratica clinica ho notato tre principali motivi di insoddisfazione dopo il laser. Il più frequente è la mancata diagnosi di un'eccessiva contrazione ("ipertono") del muscolo elevatore dell'ano, che circonda la vagina e che, se contratto, ne restringe l'entrata rendendo la penetrazione molto dolorosa o addirittura impossibile. Ipertono più frequente nelle donne che non hanno avuto figli, o che li hanno avuti solo con il taglio cesareo, e/o che fanno molti esercizi di Kegel, addominali bassi ed esercizi per gli adduttori delle cosce. In tal caso il laser è inefficace, se prima il muscolo elevatore non viene rilassato con appropriato ciclo di fisioterapia. La seconda causa di inefficacia è la presenza di vaginiti e vulviti, soprattutto se colpiscono la delicata area del vestibolo, posta proprio all'inizio della vagina. Con operatori poco esperti, il bruciore vestibolare non solo non viene ridotto ma può addirittura aumentare. Un terzo motivo di attenzione va riservato alle donne che abbiano fatto interventi chirurgici di tipo urologico per incontinenza, soprattutto se con l'impianto di protesi.
Dai sintomi che descrive, è appropriata una valutazione clinica attenta a diagnosticare e trattare

con fisioterapia un eventuale ipertono del muscolo elevatore, utile a ridurre anche il dolore ai rapporti. Le terapie ormonali locali possono poi dare ottimi risultati, anche sulla qualità della risposta sessuale. Il laser resta indicato in caso di persistenza dei sintomi di secchezza e dolore, nonostante la terapia ormonale locale; se la donna non vuole ormoni; se non li può assumere per pregressi tumori ormonodipendenti; se non ama l'idea di continuare ad applicare ormoni locali. Un cordiale saluto.

Prevenire e curare – Ormoni e sindrome genitourinaria della menopausa
La terapia ormonale vaginale, con estrogeni, oppure con prasterone e/o con crema di testosterone di estrazione vegetale, è la prima scelta e la più logica, visto che la prima causa di tutti questi disturbi è la carenza di ormoni sessuali post-menopausali. E' controindicata nelle donne che hanno avuto tumori ormonodipendenti alla mammella o all'apparato genitale: sono circa il 10% della popolazione dopo i 50 anni. Il 90% delle donne potrebbe averne ottimi benefici: peccato che solo una minoranza la usi, per paure ingiustificate. Chi non desidera terapie locali, e non vuole o non può utilizzare ormoni, può avere benefici con l'ospemifene: non è un ormone e non diventa un ormone; va assunto per bocca, sempre con prescrizione medica.